



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad en  
mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima  
Metropolitana**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con  
mención en Psicología Clínica y de la Salud

**AUTOR**

Daniella Elizabeth ARDILES GUEVARA

**ASESOR**

Dr. Víctor Eusebio MONTERO LÓPEZ

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Ardiles, D. (2020). *Estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana*. Tesis para optar grado de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

---

## Hoja de Metadatos complementarios

Código ORCID del autor	"https://orcid.org/0000-0001-8776-9493"
DNI o pasaporte del autor	42223947
Código ORCID del asesor	"https://orcid.org/0000-0002-9968-4160"
DNI o pasaporte del asesor	06744095
Grupo de investigación	"—"
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Institución Pública. Distrito: Surquillo Dirección: Ca. Narciso de la Colina 800. Lima - Perú. Lugar: Centro de Salud Materno Infantil "Surquillo".
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
Disciplinas OCDE	Psicología <a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00</a>

Nota: tomar en cuenta la forma de llenado según las precisiones señaladas en la web (las tablas OCDE están incluidas).  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/archivos/documentos/recepcion\\_investigacion/Hoja%20de%20metadatos%20complementarios\\_30junio.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/archivos/documentos/recepcion_investigacion/Hoja%20de%20metadatos%20complementarios_30junio.pdf)



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Av. Germán Amezcua n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

**ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA**

Siendo las 15:00 horas del día miércoles 11 de marzo de 2020, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezcua n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Nicolás Medina Curi e integrado por:

Dr. Nicolás Medina Curi	(Presidente)
Dr. Víctor Montero López	(Asesor)
Mg. Betty Peña Tomás	(Miembro)
Dr. Pedro García Pizarro	(Informante)
Mg. Antonio Serpa Barrientos	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud Bachiller **DANIELLA ELIZABETH ARDILES GUEVARA** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana** con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

Diecinueve (19) Aprobado

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

Magíster en Psicología con mención en Psicología  
Clínica y de la Salud

Se extiende la presente ACTA a las 11.30 pm. del 11 de marzo de 2020.

N. Medina Curi

**Dr. Nicolás Medina Curi**  
Presidente

V. Montero López  
**Dr. Víctor Montero López**  
Asesor

P. García Pizarro  
**Dr. Pedro García Pizarro**  
Informante

Betty Peña  
**Mg. Betty Peña Tomás**  
Miembro

A. Serpa Barrientos  
**Mg. Antonio Serpa Barrientos**  
Informante

## **DEDICATORIA**

A mis padres y mis hijos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi madre pilar fundamental de mi desarrollo personal y académico, así mismo a mi padre por su gran amor.

A mis retoños por la paciencia y apoyo afectivo en este arduo proceso de trabajo.

Finalmente, a cada uno de los maestros que tuve en el trascurso de mis estudios en la Maestría de Psicología Clínica y de la Salud, en esta maravillosa casa de estudios, la Decana de América, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

## ÍNDICE GENERAL

Pag.

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
ÍNDICE GENERAL .....	iv
LISTA DE TABLAS .....	vii
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.1. Situación Problemática .....	14
1.2. Formulación del Problema .....	20
1.2.1. Problema general.....	20
1.2.2. Problemas específicos .....	20
1.3. Importancia y Justificación .....	21
1.4. Objetivos .....	21
1.4.1. Objetivo general .....	21
1.4.2. Objetivos específicos .....	22



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	25
2.1. Antecedentes de investigación .....	25
2.2. Bases Teóricas .....	28
2.2.1. Afrontamiento .....	28
2.2.2. Ansiedad.....	32
2.2.3. Mujeres embarazadas .....	41
2.3. Glosario de términos .....	44
2.4. Hipótesis.....	45
2.4.1. Hipótesis General.....	45
2.4.2. Hipótesis Específicas .....	46
2.5. Operacionalización de variables.....	46
2.5.1. Estilos de Afrontamiento .....	46
2.5.2. Ansiedad .....	46
CAPÍTULO III: METODO.....	48
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	48
3.2. Población de estudio.....	48

3.3. Muestra.....	48
3.3.1. Tipo y procedimiento de muestreo .....	48
3.3.2. Tamaño de la muestra.....	49
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	55
4.1. Resultados .....	55
4.2. Discusión.....	92
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIAS .....	100
ANEXOS.....	110

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Prueba de confiabilidad por consistencia interna en el CAE	52
2	Prueba de confiabilidad por consistencia interna en las subescalas del CAE	52
3	Validez de la Subescala FSP del CAE a través del Índice de correlación ítem-test	53
4	Validez de la Subescala AFN del CAE a través del Índice de correlación ítem-test	53
5	Validez de la Subescala REP del CAE a través del Índice de correlación ítem-test	54
6	Validez de la Subescala EEA del CAE a través del Índice de correlación ítem-test	54
7	Validez de la Subescala EVT del CAE a través del Índice de correlación ítem-test	55
8	Validez de la Subescala BAS del CAE a través del Índice de correlación ítem-test	55
9	Validez de la Subescala RLG del CAE a través del Índice de correlación ítem-test	56
10	Prueba de confiabilidad por consistencia interna en el Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado	57
11	Prueba de confiabilidad por consistencia interna en las escalas A – Estado y A - Rasgo del IDARE	57

12	Validez de la Escala A – Estado del IDARE a través del Índice de correlación ítem-test	58
13	Validez de la Escala A – Rasgo del IDARE a través del Índice de correlación ítem-test	58
14	Descripción de la población según grupo de edades	60
15	Descripción de la población según estado civil	61
16	Estadísticos descriptivos de las subescalas del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés	61
17	Focalización en la solución de problemas (FSP), según niveles	62
18	Autofocalización negativa (AFN), según niveles	60
19	Reevaluación positiva (REP), según niveles	61
20	Expresión emocional abierta (EEA), según niveles	61
21	Evitación (EVT), según niveles	64
22	Búsqueda de apoyo social (BAS), según niveles	64
23	Religión (RLG), según niveles	65
24	Estadísticos descriptivos de la Escala A – Rasgo y la Escala A - Estado del IDARE	65
25	Escala A – Estado según niveles	66
26	Escala A – Rasgo según niveles	66
27	Prueba de normalidad de las 7 dimensiones del Cuestionario de afrontamiento del Estrés con la Escala A – Estado del IDARE	67
28	Prueba de normalidad de los factores del CAE con el grupo de edades	68
29	Prueba de normalidad de las subescalas del CAE según estado civil	69

30	Prueba de normalidad de las escalas del IDARE según el grupo de edades	70
31	Prueba de normalidad de las escalas del IDARE con los estados civiles	71
32	Análisis correlacional entre las escalas A – Estado y A – Rasgo del IDARE	72
33	Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala FSP del CAE	72
34	Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala AFN del CAE	73
35	Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala REP del CAE	73
36	Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala EEA del CAE	74
37	Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala EVT del CAE	74
38	Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala BAS del CAE	75
39	Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala RLG del CAE	76
40	Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala FSP del CAE	76
41	Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala AFN del CAE	77

42	Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala REP del CAE	77
43	Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala EEA del CAE	78
44	Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala EVT del CAE	78
45	Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala BAS del CAE	79
46	Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala RLG del CAE	79
47	Análisis correlacional entre la subescala FSP con los grupos de edades	80
48	Análisis correlacional entre la subescala AFN con los grupos de edades	80
49	Análisis correlacional entre la subescala REP con los grupos de edades	81
50	Análisis correlacional entre la subescala EEA con los grupos de edades	81
51	Análisis correlacional entre la subescala EVT con los grupos de edades	82
52	Análisis correlacional entre la subescala BAS con los grupos de edades	82
53	Análisis correlacional entre la subescala RLG con los grupos de edades	83
54	Análisis correlacional entre la subescala FPS según el estado civil	83

55	Análisis correlacional entre la subescala AFN según el estado civil	84
56	Análisis correlacional entre la subescala REP según el estado civil	84
57	Análisis correlacional entre la subescala EEA según el estado civil	85
58	Análisis correlacional entre la subescala EVT según el estado civil	85
59	Análisis correlacional entre la subescala BAS según el estado civil	86
60	Análisis correlacional entre la subescala RLG según el estado civil	86
61	Comparación de grupos independientes entre la Escala A – Estado del IDARE según los grupos de edades	87
62	Análisis correlacional de la escala A – Rasgo del IDARE según los grupos de edades	87
63	Comparación de grupos independientes de la escala A – Estado del IDARE según estado civil	88
64	Comparación de grupos independientes de la escala A – Rasgo del IDARE según el estado civil (no paramétrico)	88

## RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la correlación entre estilos de afrontamiento y ansiedad estado - rasgo en mujeres embarazadas de un Centro de Salud de Lima Metropolitana. En ese sentido se realizó la aplicación del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), considerando una muestra de 100 mujeres embarazadas. Los instrumentos arrojaron adecuados niveles de confiabilidad tanto para la prueba CAE (0,802) como para la prueba IDARE (0,950). En relación a la relación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana”, se obtuvo que existe relación altamente significativa y directa entre las variables señaladas ( $p=,000$   $r=,437^{**}$ ).

De la misma forma, se determinó la correlación entre las dimensiones de los estilos de afrontamiento con los niveles de ansiedad estado - rasgo. Asimismo, se realizó un análisis en relación a la edad y estado civil.

**Palabras clave:** Afrontamiento al Estrés – Ansiedad – Mujeres embarazadas de alto riesgo.



## ABSTRACT

The purpose of the present investigation was to determine the correlation between coping styles and state anxiety in pregnant women of a Health Center of Metropolitan Lima. In that sense, the application of the Stress Coping Questionnaire (CAE) and the Trait-State Anxiety Inventory (IDARE) was carried out, considering a sample of 100 pregnant women. The instruments showed adequate levels of reliability for both the CAE test (0.802) and the IDARE test (0.950). In relation to the relationship between coping styles and anxiety levels in pregnant women of a health center in Metropolitan Lima", it was obtained that there is a highly significant and direct relationship between the variables indicated ( $p = ,000$   $r = ,437^{**}$ ).

In the same way, the correlation between the dimensions of coping styles was determined with the levels of state-trait anxiety. Likewise, an analysis was carried out in relation to age and marital status.

**Keywords:** Stress coping - Anxiety - High risk pregnant women.

## **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Situación Problemática**

En la actualidad, la salud de las mujeres embarazadas cobra cada vez mayor relevancia e importancia dentro de los políticos públicas y los programas de intervención a nivel mundial, tal como se ha informado desde hace algunos años en la Declaración del Milenio, dado por la ONU en el 2000, en la cual se plantea como una de sus metas específicas- la mejora de la atención materna y ls pre-natal (2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), las estimaciones de mortalidad infantil y materna publicadas), manifiesta que la supervivencia materno infantil es hoy mayor que en décadas anteriores.

En ese sentido es importante resaltar que, desde el presente milenio, la mortalidad infantil se ha reducido prácticamente a la mitad y la mortalidad materna ha disminuido casi en un tercio, debido fundamentalmente a una mayor cobertura y acceso democrático a servicios en el marco de la calidad.

“En países que ofrecen servicios de salud seguros, asequibles y de calidad para todos, las mujeres y los niños sobreviven y salen adelante”, OMS. (2011).

Sin embargo, aun existes una data que visibiliza que ponen que en el año 2018 murieron un aproximado 6,200,000 de menores de 15 años, así mismo 290,000 gestantes fallecieron por diversas factoras durante el proceso de embarazo y parto en 2017. En esa línea estadística, 5,300,000 de las muertes de los menores sucedieron antes de los 5 años y casi la mitad durante el primer mes.

El parto y el posparto son los momentos en que las gestantes y los neonatos presentan mayores condiciones de vulnerabilidad. Se estima que cada año mueren 2,8 millones de embarazadas y recién nacidos, esto es, 1 cada 11 segundos, la mayoría por causas prevenibles, según muestran las cifras.

En nuestro país cada día dos gestantes fallecen por diversos factores en el embarazo, parto y puerperio. La mortalidad materna a pesar de mostrar indicadores a la baja últimamente (Reducción de 400 a 185 x 100,000 nacidos vivos), sin embargo, es una de las más altas de América Latina. (MINSA 2010).

Según MINSA (2010) los principales factores de mortalidad materna:

- Hemorragia (47%).
- Otras (19%).
- Infección (15%).
- Hipertensión Inducida por el Embarazo (12%).
- Aborto (5%).
- TBC (1%)
- Parto Obstruido (1%).

La estadística presenta diferencia marcadas entre muertes que ocurren en el ámbito urbano y rural, siendo esta última la mayor afectada. Durante el año 2001 se registraron un total de 612 muertes maternas. (MINSA, 2010).

En varias regiones del país, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural del contexto y, por lo tanto, es aceptado socialmente; sin embargo, en las grandes ciudades, éste representa un gran problema para las adolescentes y adultas jóvenes, puesto que no constituye un evento planificado: Ocurre en parejas que no han iniciado una vida en común, o en situaciones de unión consensual, lo que generalmente conlleva al abandono de la mujer y del hijo, configurando así una problemática social denominada "madre soltera", (Femat, 2007).

La gestante debe de tener comunicación y estabilidad acompañada de su núcleo familiar de apoyo, sin embargo, por lo general, vivencia una serie de eventos inestables, experimentando por consiguiente una serie de sentimientos opuestos y contradictorios (Callico, Domingo y Requena, 1995).

Asimismo, por su parte la gestante (adolescente y/o adulta) experimenta una serie de sentimientos de temor, angustia, y vergüenza, al momento de afrontar una problemática que no solo se restringe a nivel familiar, sino que también se expande a su entorno social más próximo (Grupos de amigos, comunidad a la que pertenece), de tal manera que se podría afirmar que está expuesta a un conjunto de problemas tanto psicológicos como físicos, los cuales inciden como resultado de esta condición disfuncional. Es por ello, que con frecuencia se observa cómo

estas mujeres se sumergen en un espiral de angustia, desesperación, baja autoestima y depresión profunda, desencadenando por consiguiente en algún tipo de patología psicológica, configurando el trasfondo de la situación de riesgo (Rodríguez-Olaya, García-León y Muela, 2003).

Esto conlleva a plantear un interés desde una perspectiva multidisciplinaria, donde se busque mejorar la condición tanto física como mental de la gestante, con la finalidad de mejorar su calidad de vida durante el embarazo y de brindarle la pertinente atención en salud para el desarrollo de la misma, enfatizando no solo el interés del aspecto biológico, sino que también de aquellos procesos afectivos implicados, necesarios para lograr el cumplimiento de este objetivo.

Bajo esta última condición, Organización Panamericana de la Salud -en el año 2004- establece que entre uno de sus lineamientos en la atención de salud de las gestantes consiste en llevar a cabo una práctica con un trato humanitario, en base a conocimientos y practicas benéficas, prestando asimismo principal atención a sus problemas emocionales, siendo este el factor primordial para una adecuada atención de la salud en este grupo humano (Cueto, 2004).

Es entonces, donde se considera el abordaje del estado emocional de la gestante como un factor primordial de salud de la misma, promoviéndose así acciones que favorezcan la estabilidad del mismo y observando con detenimiento

los sentimientos de ansiedad y preocupación que pueden estar relacionados con la vivencia del momento.

Ante esta nueva perspectiva, el papel emocional durante la gestación no se convierte en una molestia más, sino que por el contrario esta constituye una herramienta que puede ayudar a mejorar la calidad de vida de la gestante, creándose por consiguiente estrategias pertinentes para su atención y control.

Por otro lado, las diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen como estrategias o estilos de afrontamiento. Estos entran en funcionamiento, cuando el sujeto se siente amenazado, bien por la valoración que hace de las características de la situación, o -en caso alternativo- de los recursos de los cuales dispone para hacerle frente con éxito a las situaciones-problema (Lazarus y Folkman, 1986; Steptoe, 1991).

Existen estilos de afrontamiento que determinan cómo es que las madres gestantes pueden hacerle frente a cualquier problema, siempre y cuando estas que puedan orientar sus emociones o las características propias del problema, en función de la disposición de los recursos tanto cognitivos como comportamentales que tienen a su alcance.

Las diferentes estrategias y estilos de comportamiento que la gestante utiliza para su adaptación durante su gestación va a determinar la conducta que guiará a la misma, siempre y cuando su estilo de afronte inicial no sea el adecuado o no cuente con las estrategias reales para satisfacer sus demandas emocionales, o en el caso de que el nivel de ansiedad que experimente sea elevado y cause malestares tanto en su entorno familiar como en su condición individual, medios vitales para el desarrollo saludable del bebé.

La mayoría de las gestantes suelen lidiar sin problemas con los cambios emocionales y físicos que acompañan al embarazo, además de otras preocupaciones en sus vidas, a través de recursos personales de afrontamiento, que en algunos casos les permiten controlar su ansiedad (V.g.: Pensamientos acerca de sus cuidados personales, del sentimiento de fatiga y/o cansancio, del funcionamiento satisfactorio en casa y en el trabajo, etc.). A menudo, aquellas mujeres embarazadas que no cuentan con estrategias adecuadas de afronte para su vida diaria, o con capacidades de manejo frente a cualquier problema que se les presente, suelen tener frecuentes dificultades durante su gestación, tanto en el ámbito de su salud individual como a nivel de sus relaciones familiares e interpersonales.

Durante los últimos años, se han registrado casos de gestantes hospitalizadas en los servicios neonatología, por cuadros de hiperémesis dravídica, recibiendo como resultado de ello atención psicológica, por los altos

niveles de ansiedad que presentaban frente a las demandas ocurridas durante el embarazo.

Las mujeres embarazadas experimentan altos niveles de ansiedad también pueden estar expuestas a presentar un mayor riesgo de parto prematuro, es decir, cuando los bebés nacen antes de las treinta y siete semanas de gestación. Estos bebés se caracterizan por mostrar un tamaño considerablemente menor que sus congéneres, exponiéndose a diversos problemas de salud, inmediatamente después de nacer, con incapacidades permanentes -tales como discapacidad intelectual y parálisis cerebral-, e incluso la muerte.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la relación entre estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuáles son los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana?



### **1.3. Importancia y justificación.**

Al establecer la relación entre los estilos de afrontamiento de las gestantes y de sus niveles de ansiedad, se podrá esclarecer el panorama sobre cuáles son las estrategias que utilizan aquellas mujeres gestantes bajo dichas condiciones, permitiendo el desarrollo de pautas que sirvan de guía en la preparación y enseñanza de estrategias para futuras madres.

De esta manera, se podrá encontrar aquellos factores que sirvan de manera preventiva en esta etapa de la mujer gestante, para que así se pueda orientar al desarrollo de pautas y conductas positivas para la salud y el cuidado de la madre y del futuro bebé.

El presente estudio aportará con conocimientos que permitan desarrollar un conjunto de estrategias de soporte para aquellas futuras mujeres gestantes del centro de salud, fortaleciendo la atención integral de la gestante, tanto a nivel psicológico como físico.

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- 1.** Identificar los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 2.** Identificar los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 3.** Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala FSP* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 4.** Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala AFN* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 5.** Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala REP* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 6.** Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala EEA* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 7.** Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala EVT* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 8.** Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala BAS* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

9. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* RLG y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
10. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* FSP y la Escala A-Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
11. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* AFN y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
12. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* REP y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
13. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* EEA y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
14. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* EVT y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
15. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* BAS y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.
16. Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* RLG y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

- 17.** Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas y la variable demográfica - edad de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 18.** Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas y la variable demográfica – estado civil de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 19.** Determinar la relación entre los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y la variable demográfica - edad de un centro de salud de Lima Metropolitana.
- 20.** Determinar la relación entre los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y la variable demográfica – estado civil de un centro de salud de Lima Metropolitana.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de investigación**

En esta sección haremos una revisión de investigaciones más recientes relacionadas con las variables de nuestro estudio. Asimismo, a nivel de investigaciones mostramos estudios que reflejan la importancia del afrontamiento como constructo psicológico que contribuye a un adecuado manejo de la ansiedad, a continuación, se presentan aquellas investigaciones que relacionan este constructo con otros que serían relevantes para mejorar el proceso de parto de la gestante.

De Molina (2015) Plantean que el proceso de gestación, en los niveles fisiológico y emocional, es distinguido de un modo distinto y subjetivo en cada mujer de acuerdo a la personalidad y/o el entorno asistencial en la que se halla. Ciertas mujeres embarazadas ante la prontitud del parto, pueden manifestar situación de ansiedad y miedo, en la que ciertos investigadores lo vinculan con los resultados obstétricos y neonatales dificultosos. La finalidad de la investigación se basó en saber el grado de ansiedad y miedo durante el proceso de parto de 78 mujeres embarazadas: APGAR, peso del recién nacido, la impresión de la aflicción durante el parto. Se hizo la medición de la variable ansiedad con el “Cuestionario Ansiedad-Estado” (Spielberg) y con la “Escala Visual Analógica”, en la que también se hizo una medición de la percepción del dolor y su alivio. Para realizar la medición de los miedos se elaboró un “Cuestionario ad hoc”. Los resultados señalan que un 30% de las gestantes manifestaron un grado de ansiedad elevado, a pesar de ello, no condicionó el modo de analizar el parto (p-valor: .983) y el APGAR al nacer (p-valor: .869); sin embargo, se correlacionó significativamente la ansiedad con más miedo al dolor de parto (p-

valor: .041) y una inadecuada valoración del programa de intervención para su alivio. Una detección apropiada y organizada de la ansiedad con una “Escala Visual Analógica”, simple y manejable de emplear, permitiría a matronas y enfermeras distinguir a las gestantes que requieren de “cuidados especiales” orientados a reducir la ansiedad y el miedo de tal forma que se mejore la vivencia durante el parto.

Lemus et al. (2012) realizaron una investigación descriptiva de corte transversal adquiriendo el lugar del Hospital Regional de Malabo, en el transcurso de los primeros trimestres del año 2010, con la intención de diagnosticar el grado de ansiedad como estado en adolescentes gestantes que asistieron a una consulta ginecobstétrica del Distrito Malabo, y detallar las variables, estado civil y edad. Con el consentimiento informado, se les aplicó el “TEST DE IDARE” de forma escrita, como instrumentos de mediciones para ofrecer salidas a sus objetivos. La muestra abarcó 50 adolescentes gestantes y se encontró conformado en su 50 % por gestantes entre los 11 y 13 años, prevaleciendo las solteras, en un 70 %. Los niveles de ansiedad como estado variaron entre una puntuación alta y media, mostrándose la ansiedad en un nivel alto en el 80 % de las adolescentes gestantes.

Guarino (2010) la investigación tenía como finalidad precisar las factibles asociaciones entre la sensibilidad egocéntrica negativa y los estilos de afrontamiento a la gestación con la salud y calidad de vida distinguidas en mujeres gestantes. Por el cual, un conjunto de 94 mujeres gestantes venezolanas en los primeros trimestres del embarazo, realizaron unos cuestionarios que hacen la medición de las variables en estudio, a tener en cuenta: sensibilidad egocéntrica negativa, afrontamiento al embarazo, salud integral y calidad de vida distinguida. El resultado respalda lo que se halló previamente sobre la relación positiva que se halla entre una elevada

sensibilidad negativa, estilos de afrontamiento disfuncionales como la evitación, y una elevada deterioración de la salud; asimismo, contribuye una nueva evidencia sobre la asociación inversa que existe entre esta desigualdad particular y la calidad de vida, en esta situación en un conjunto de menor estudio hasta ahora en su dimensión psicosocial, como las mujeres gestantes.

Valdivieso, E. et. al. (2003) identificaron los aspectos relacionados a la ansiedad en base a la ejecución del procedimiento de diagnóstico en la mujer embarazada, se hizo una investigación de observación con 44 mujeres gestantes que acudieron a un centro materno fetal. Las mujeres que participaron se les aplicó tres instrumentos: un cuestionario de datos demográficos e información sobre los procedimientos de diagnóstico, el Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (State- Trait Anxiety Inventory STAI-) y un cuestionario para detectar el motivo de la ansiedad de estado. Los resultados señalaron una elevada constancia de ansiedad en el nivel leve y moderado (54.6%), estando aquella no tan asociada con el desarrollo de la evaluación (13%) o con el resultado del propio (25%). Para próximos estudios se recomienda hacer investigaciones longitudinales, con un instrumento determinado de ansiedad en el transcurso de la gestación, con el propósito de lograr resultados mucho más precisos en base a los factores psicosociales relacionados con los mismos.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Afrontamiento**

Bajo los enfoques cognitivos de la emoción, las circunstancias en si no es igual a lo que causa una respuesta emocional, por lo contrario, la variable causante de dicha reacción es la percepción que la persona tiene de dichas circunstancias o estímulos. Bajo lo mencionado, el enfoque de la valoración cognitiva ha logrado una significación destacada. Bajo este marco y bajo el enfoque de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986), el brote del estrés y otras respuestas emocionales se encuentran dirigidas bajo el procedimiento de valoración cognitiva que el individuo efectúa, en primera instancia de la consecuencia del evento presenta para uno mismo (valoración primaria) y próximamente, si este proceso de valoración es de advertencia o reto, la persona aprecia los medios que tiene para eludir o disminuir los efectos negativos del evento. (valoración secundaria).

El proceso de valoración secundaria trata de la facultad de afrontamiento ("coping"), lo cual es un proceso psicológico que se pondrá en actividad cuando el ambiente se muestre intimidador. Lazarus y Folkman (1986) determinan que el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales diariamente cambiantes que se desenvuelven para emplear los requerimientos exclusivos exterior o interior que son evaluadas como excesivos o desbordantes de los medios de la persona. Los autores abordan el afrontamiento como un proceso cambiante en la cual la persona, en delimitadas ocasiones, debe tener fundamentalmente con tácticas protectoras, y en otras ocasiones con tácticas que sean útiles para



solucionar una dificultad, todo eso en base que va cambiando su relación con el ambiente.

Segun Everly (1989), el afrontamiento es como un esfuerzo para disminuir o aplacar las consecuencias aversivas del estrés, aquel empeño podría ser psicológico o conductual.

Vogel (1985), Holroyd and Lazarus (1982) plantean que las tácticas de afrontamiento implican que el origen de los estresores puede concretar si una persona experimente o no estrés. Cada persona se predispone a emplear los estilos de afrontamiento que maneja o por “conductas aprendidas” o por “un descubrimiento inesperado” en determinada circunstancia en crisis. Las técnicas de afrontamiento podrían ser según Giordano and Everly (1986) adaptativas o inadaptativas, las primeras disminuyen el estrés y favorece la salud a un prolongado tiempo, las segundas disminuyen el estrés a menor tiempo, sin embargo, son útiles para generar dificultades a la salud a un prolongado tiempo (Everly, 1979).

Se debe distinguir entre “estilos de afrontamiento” y “técnicas de afrontamiento”. Los estilos se basan en la predisposición personal para enfrentar las circunstancias y son los encargados de las prioridades particulares en la utilización de algunos o diversos modelos de técnicas de afrontamiento, como también de la estabilidad eventual y situacional. En cuanto a las técnicas de

afrontamiento es el proceso concreto que se emplean en los distintos contextos y podrían ser elevadamente modificables, todo ello requiriendo de las situaciones causantes (Fernández-Abascal, 1997).

En esta interpretación que procura implantar cual es la dimensión básica durante el cual podrían establecer los diversos estilos de afrontamiento, en algunas de los principales aportes sugirió una clasificación del afrontamiento en dos dimensiones. El "método utilizado", conforme lo cual el afrontamiento podría ser activo o de evitación y la "focalización de la respuesta" que dan pase asimismo a tres modelos de afrontamiento: Enfocado en las evaluaciones de las circunstancias, orientado a la dificultad o a la emoción (Moos and Billings, 1982; Moos, Cronkite, Billings and Finney, 1986). Los investigadores tienen en cuenta una nueva forma de afrontamiento enfocado en la evaluación y dan en evidencia lo fundamental del rol que juega la variable frente una circunstancia amenazante, formando en uno mismo un foco en las cuales se enfoca en una manera de afrontamiento. En ese sentido Feuerstein, et. al. (1986) incluyeron una tercera dimensión básica enfatizando a la naturaleza de las respuestas que podrían ser de tipo "conductual" o "cognitivo".

De igual modo, Endler and Parker (1990) propusieron que se halla predilección en la utilización de determinada técnica, libremente del estresor y por medio del análisis factorial de las técnicas de afrontamiento, evaluada por el "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" hallaron tres dimensiones básicas: El "afrontamiento orientado a la tarea", el "afrontamiento orientado a la

emoción" y el "afrontamiento orientado a la evitación". Después de una investigación efectuada por Roger, Jarvis and Najarian (1993) al enfoque anterior incluyeron una 4ta. dimensión, nombrado "separación o independencia afectiva respecto al estresor".

Conforme a las técnicas de afrontamiento, su precisión teórica no es tan precisa a causa de las diversas “etiquetas” empleadas, puesto que la conceptualización estuvo sujeto a la creación de instrumentos de medición de la misma. Asimismo, se tiene las versiones revisadas de diversas estrategias de afrontamiento, en base a la “Tipología” de Meichenbaum and Turk (1982); “Inventario Multidimensional de Afrontamiento de Endler and Parker” (1990); “Inventario de Tipos de Afrontamiento” de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis and Gruen (1986); “Catálogo de Afrontamiento” de Schreurs, Willige, Tellegen and Brosschot (1987); “COPE o Estimación de Afrontamiento” de Carver, Scheier y Weintraub (1989); “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” de Holroyd and Lazarus (1982); “Inventario Breve de Propensión a la Enfermedad de Eysenck”. (1991).

De la misma forma, Fernández-Abascal (1997) ha efectuado una lista bastante amplia de las diversas estrategias de afrontamiento que fueron definidas en el marco del estado del arte de la temática desarrollada. Se reconocieron dieciocho estrategias diferentes y se construyó la “Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento”.

El afrontamiento o coping fue definido por Lazarus y Folkman (1991, pp. 164) como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Refieren para que esto pueda ser eficaz tiene que existir concordancia entre las alternativas de afrontamiento y variables como son valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo. De este modo, existen factores que inciden en la evaluación cognitiva de una persona, situaciones y personales.

En lo mencionado, se incorpora el compromiso y la creencia; en lo primero son expresiones de aquel que es fundamental para una persona y define sus decisiones, influye en la exploración de opciones en las que una persona escoge para preservar sus modelos o alcanzar sus propósitos. Las creencias, por su lado, son formaciones cognitivas constituida cultural o particularmente, mediante el cual una persona comprende y les da un significado a los sucesos de su ambiente, puede ser de manejo particular o existencial.

### **2.2.2. Ansiedad.**

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es un concepto muy empleado por la psicología y su uso ha sido relacionado en varias situaciones con varios términos como estrés, angustia y miedo; y en algunas situaciones han sido presentadas como sinónimos (ansiedad y angustia) y en otras realizan algunas

diferencias; por tal motivo, es necesario realizar una aclaración sobre la definición de estos conceptos.

En primer lugar, en lo que se refiere a ansiedad y angustia se sabe que ambos proceden de la raíz indogermánica *angh*, que significa estrechez y constricción, y además malestar o apuro. En base de la influencia latina y más adelante por medio de la influencia de la psiquiatría francesa que distinguió entre *anxiété* (malestar e inquietud del espíritu) y *angoisse* (sentimiento de constricción epigástrica, problemas respiratorios e inquietud), en la psiquiatría española estableció la separación entre la ansiedad (predominio de componentes psíquicos) y angustia (predominio de componentes físicos), sin embargo en la psicología española, no se suele realizar esta distinción, unificando estos síntomas (somático y subjetivo), en un solo término ansiedad (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Por otro lado, en lo que se refiere a la vinculación del miedo con la ansiedad, el primero es una respuesta a una amenaza concreta, conocida, externa y no originada por un conflicto; la segunda, es una respuesta a una amenaza inespecífica interna, vaga y que genera un conflicto (Kaplan and Sadock, 1995).

Ante esto, se puede mencionar que el miedo es acompañado siempre de algo concreto a lo que se teme, mientras que la ansiedad no está definida claramente a lo que se teme o tiene conciencia que el individuo está respondiendo desproporcionadamente.

Así mismo, en lo mismo que corresponde a ansiedad y estrés; se puede decir que el estrés es una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que en un principio resultan amenazantes consistiendo básicamente en una movilización de recursos fisiológicos para afrontar las demandas, permitiendo la adaptación (Labrador, 1995), bajo esta premisa, la ansiedad se encuentra dentro del cuadro de estrés.

Cada síntoma de la ansiedad son diferentes y quizá los más frecuentes residan en hiperactividad vegetativa, lo cual se presenta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en los brazos y piernas, sensación de perder el control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, fragilidad muscular, insomnio, inquietud motora, problemas para poder comunicarse, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad podría presentarse de tres formas distintas: Síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Aquellos hacen mención a tres niveles diferentes, lo cual puede influir uno en otro, esto es, los síntomas cognitivos podrían exacerbar los síntomas fisiológicos y aquellos a su vez lanzar los síntomas conductuales. Es preciso señalar que ciertos síntomas de la ansiedad suelen semejarse a al igual que la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Es importante realizarse exámenes médicos completos de descarte.

Es una respuesta emocional o una variedad de respuestas que encierra: Aspectos subjetivos o cognitivos de tipo displacentero, aspecto físico o fisiológico

caracterizado por un elevado nivel de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen involucrar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativo.

Del mismo modo, tiene una finalidad muy fundamental en relación con la subsistencia, juntamente con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Hoy en día, se evalúa que un 20.5% o más de los habitantes a nivel mundial padece de algún trastorno de ansiedad, por lo general sin conocer de ello.

Se ha llegado a realizar muchos estudios en los cuales se ha probado explícitamente que las cogniciones negativas del tipo anteriormente expuesto son componentes significativos de la ansiedad frente al tratamiento dental. No obstante, del mismo modo hay datos que señalan que la reiteración de cogniciones negativas tiene relación con los niveles de ansiedad que experimenta un individuo, esto es, personas con elevados niveles de ansiedad ponen en evidencia más pensamientos negativos mientras que sujetos con niveles bajos de ansiedad manifiestan menos cogniciones dentales negativas.

Para Spielberger (1972), la ansiedad patológica es asumida tanto rasgo y estado; en el sentido del cual el trastorno manifiesta síntomas irracionales y perturbadores para la persona. Por otro lado, hay otros investigadores que afirman una categorización distinta. Por ejemplo, según Sheehan (1982), existe dos tipos de ansiedad: “la ansiedad exógena” atribuible a “conflictos externos, personales y psicosociales que se hallan relacionadas con la ansiedad generalizada” y la

“ansiedad endógena” caracterizada por ser “autónoma e independiente de estímulos del entorno, relacionados con los ataques de pánico, fobias”. La ansiedad considera un valor multidimensional elaborado por tres factores: fisiológico, cognitivo y motor; de modo que se interrelacionan. Asimismo, la ansiedad incluye una respuesta emocional; lo que implica una respuesta de modo “inadecuada” en el individuo como la aprensión, incapacidad miedo, tensión, desconcentración, etc. Mientras a lo motor hallamos respuestas como un elevado nivel de activación del Sistema Nervioso Autónomo y Sistema Nervioso Somático; esto se traduce en “hiperactividad, tartamudeo, conductas de escape, paralización motora, torpes y repetitivas, etc”.

La ansiedad como un estado y/o rasgo. En la prolongación de esta investigación, se ha precisado que la ansiedad fue investigada como “rasgo de personalidad” (rasgo) y como “respuesta emocional” (estado). Czernik, Giménez, Almirón y Larroza (2006), asumen que la ansiedad es un rasgo es la tendencia de captar situaciones del entorno como amenazante; lo cual se transforma en una predisposición a contestar frecuentemente a estados de ansiedad. Así también, la ansiedad como estado se basa a la respuesta del individuo en base a una circunstancia en particular, que se caracteriza por ser fluctuante y pasajera. Para Spielberger et al. (1972), es esencial establecer a la ansiedad como estado (estado afectivo de la persona) o como rasgo (dimensión de la personalidad). A partir de su “Teoría de la ansiedad Estado Rasgo”, postula que al asumir la ansiedad como “estado emocional”, nos basamos a una respuesta inmediata, cambiabile; donde existe una mezcla de sentimientos como “tensión, aprensión y nerviosismo”. Desde otro punto, al realizar una investigación sobre la ansiedad como un “rasgo



de personalidad”, nos referimos a las diferencias individuales de respuestas que podrían ser considerados como permanentes; comprendiendo aquello como una “disposición, tendencia o rasgo”. Por lo tanto, al poder evidenciar un elevado nivel de ansiedad-rasgo en consecuencia las personas tienen en cuenta una gran cantidad de sucesos como amenazantes; en tanto que el nivel elevado de ansiedad-estado se entienden como situaciones displacenteras; generando en las personas probablemente estrategias de afrontamiento.

Se debería distinguir aquella ansiedad de naturaleza clínica o patológica, de aquella de naturaleza no clínica. Es posible entender a la ansiedad no clínica a partir de dos formas: El primer acercamiento lo definen como una característica disposicional y relativamente permanente de la persona que puede señalar una predisposición a la ansiedad. Este tipo de ansiedad es lo que se asume como ansiedad rasgo. Por consiguiente, esta condición (asimismo nombrada, en algunas oportunidades, neuroticismo) es una dimensión de personalidad muy conceptualizada por diversos investigadores (McCrae, R. R., Costa, P. T., & Piedmont, R. L. (1993).; Gray, 1982; Eysenck, 1967; Eysenck y Eysenck, 1985).

La segunda manifestación de ansiedad no clínica se caracteriza por evidenciar una reacción emocional puntual causada por un entorno desafiante o una circunstancia estresante y que además posee una durabilidad escasa. Aquella circunstancia pasajera conforma la ansiedad estado (Spielberger, 1989).

Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988). Asumen que siempre en cuando las dos condiciones se exponen de forma constante y especialmente fuerte, perturbando la actividad diaria de la persona, pueden conformar una patología de ansiedad o ansiedad clínica.

Weinberg y Gould (1995) y Jaenes (2000), plantean que existe una relación directa entre “ansiedad-rasgo” y “ansiedad-estado”. Cuando una es elevada, la otra responde elevando. En síntesis, las personas con elevados índices de “ansiedad-rasgo” tenderán a responder con una “ansiedad-estado” mayor, sin embargo, en cualquiera de los casos, los propios investigadores, señalan que dicho vínculo no es exacto. En ese sentido, una persona con “rasgo de ansiedad” elevada puede aprender a generar estrategias que disminuyan el grado de “ansiedad-estado”, evitando un desequilibrio del organismo. Cuando suceda dicho “desequilibrio” en el grado de “ansiedad-estado” de la persona, el organismo humano responde con “reacciones cognitivas y somáticas, que son reacciones psicofisiológicas de la ansiedad”.

Cabe resaltar que la angustia, al igual que "angor", "angina", procede de una similar raíz griega y/o latina, que significa “constricción, sofocación, estrechez u opresión”, y se basan indudablemente a la sensación de “opresión precordial y epigástrica con desasosiego”. La angustia es una expresión emocional que se caracteriza por un “temor” a “lo que no se conoce o a lo amenazante”. Este “temor” se contrapone al miedo, que es un temor a algo determinado y definido (objeto o situación). En base a su procedencia, la angustia podría manifestarse de

diversas formas. Se da una angustia que podría considerarse natural, ya que se manifiesta hacia diferentes estímulos estresantes, que involucra una amenaza real e imponen un reto. Aunque, por lo opuesto, la valoración de una amenaza es errada o distorsionada o el estímulo es imaginario, se origina una angustia que se predispone a perseverar, convirtiéndose en “anormal o patológica”. En otras palabras, la “angustia normal” se refiere a eventos actuales o del futuro mediano y va desapareciendo al solucionar las dificultades. La angustia patológica, anteriormente tenía el nombre de neurótica, es de medida y perdurable, planificando un futuro inseguro o amenazante y va limitando la autonomía y desarrollo personal de la persona que lo padece. La ansiedad también puede transformarse en un “trastorno de pánico”, en la que un individuo tiene una creencia irracional que va a desmayarse, fallecer o padecer ciertos contratiempos fisiológicos.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza, según el Manual Estadístico Diagnóstico (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) (2002), la existencia de ansiedad y de inquietudes exageradas e inmanejables (expectación aprensiva) de una serie extensa de sucesos o acciones de la vida diaria a lo largo de aproximadamente seis meses. Una persona que padece este trastorno, no suele admitir lo exagerado de sus inquietudes, tiene inconvenientes para manejarlas y, además, le causa un acusado dolor.

Anteriormente era conocido por el término de ansiedad flotante, debido a que su sintomatología se consideraba exclusivamente somática y a que, a

diferencia de otros trastornos como las fobias o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), carecía de un estímulo desencadenante del miedo o de la ansiedad. Incluso algunos autores afirman que es «el trastorno de ansiedad más básico» o una mera predisposición a otros trastornos de ansiedad más graves. De hecho, las preocupaciones, cuya presencia es un criterio diagnóstico principal, aparecen también con frecuencia en la población normal y en muchos otros trastornos como la depresión mayor, la distancia, o algunos trastornos de la personalidad.

La ansiedad es un elemento relacionado con varios trastornos de conducta. No obstante, la zona de la ansiedad y de sus alteraciones nucleares aún no se encuentra bien determinadas. Se refiere de un grupo de trastornos con mayor prevalencia y una notoria influencia clínica en varias áreas de la salud, aunque, sin un concepto ampliamente exacto y sin un aporte de restricciones apropiados. Realmente es una de las áreas de la categorización psicopatológica en donde figuran fidedignos más bajos de diagnóstico (Tobeña, 1986).

Existe una inclinación actualmente por catalogar los trastornos de ansiedad en recientes cimientos conceptuales, derivados individualmente al desamparo de una suposición etiológica y al agrupamiento de los cuadros clínicos alrededor de una existencia de síntomas generales. El DSM-IV (APA, 1994) y el CIE-10 (OMS, 1992) – las dos nosologías psiquiátricas más actuales e influyentes – son primordialmente parecidos en el campo de los trastornos de ansiedad, sin embargo, sus desigualdades no son menos importantes y visibiliza la existencia de dos puntos conceptuales no resultan todavía: cual serían las restricciones de los

trastornos de ansiedad y como categorizar los trastornos que se hallan adentro de dichas restricciones (Tyrer, 1989).

### **2.2.3. Mujeres embarazadas**

El riesgo es una posibilidad que tiene una persona o un conjunto de individuos de padecer un perjuicio. Un factor de riesgo es una característica que se relaciona a una posibilidad grande de padecer un daño. Por ejemplo, mujer en gestación que consuma sustancias prohibidas como el tabaco, se da un factor de riesgo que incrementa la posibilidad de que nazca un bebe con un peso bajo.

Un proceso de gestación siempre implica variables de riesgo, los cuales involucran factores de riesgo sociodemográficos, obstétricas y patologías médicas que junto a ello estadísticamente se relacionan con el aumento de enfermedades y muertes de las madres y el neonato.

Son circunstancias que se relacionan durante la gestación, como la patología médica y las instancias de riesgo que implican la salud. Las manifestaciones o aumentos de las dificultades que puedan provocar morbilidad y mortalidad materna. Se dan consecuencias pasajeras o permanentes en el neonato y en la madre.

Se sabe que todo proceso de gestación implica riesgo, implicando aquellos casos particulares en que, en el transcurso del embarazo, en el parto y en el recién nacido situaciones biomédicas, psicológicas y sociales o de otra

índole, junto a la morbilidad materna y perinatal superior a la comunidad. Es fundamental verificar a tiempo los factores de riesgo y tomar en consideración concerniente hacia los resultados perinatales, de tal forma que se pueda hacer una intervención adecuada y disminuir los efectos negativos.

Todo proceso de embarazo implica un riesgo en el que se encuentra varios sucesos o factores que, por su índole se presumen un riesgo en el embarazo, siendo perjudicial en los resultados materno-fetales. El embarazo también implicaría en algunos casos a aquellas mujeres en gestación que tiene una patología médica que influenciaría de forma negativa en el transcurso de la gestación. En tales casos, este embarazo implica conductas de un manejo específico, una gran cantidad de visitas prenatales, también la intervención de diversos médicos especialistas diferente a un obstetra y una atención especializada.

En el embarazo cuando no se hallan los factores de riesgo obstétrico, lo nombraremos como “embarazo de bajo riesgo”, las ausencias de factores involucrados no puedan causar dificultades. Asimismo, cabe resaltar que no existe un embarazo sin un mínimo de riesgo.

Es fundamental particularizar las atenciones en cada situación en relación del nivel de riesgo de la gestación que se haya descubierto, así como también de las patologías médicas relacionadas. La evaluación de riesgo en la gestación debe iniciarse en las primeras vistas preconcepcional al médico, es decir, que se realizan mucho antes de la concepción, esto tiene como finalidad detectar aquellas

circunstancias médicas y sociales que sean mejoradas antes del embarazo, para aumentar las probabilidades de un resultado perinatal adecuado. Por lo cual, se debe hacer una reevaluación y que se actualice la clasificación del riesgo obstétrico en cada atención prenatal, ya que las situaciones particulares de cada mujer y de su embarazo pueden ir variando a lo largo de las semanas. (Chamy, Cardemil, Betancour, Ríos y Leighton, 2009; Lafaurie et al., 2011).

No solo es la manifestación de síntomas fisiológicos lo que caracteriza a este cuadro, sino que se añaden otros de manifestación psicológica y social, los cuales configuran la complejidad del mismo. Según algunos estudios, su cifra oscila entre el 10 al 20 por ciento dentro del conjunto de gestantes, siendo por consiguiente responsable del 75 por ciento de la morbilidad y mortalidad de los fetos y/o recién nacidos (Conde-Agudelo, 2001).

Es una condición compleja: No solo se consideran antecedentes, como la incidencia de casos de tuberculosis y/o enfermedades infecto-contagiosas, consumo de sustancias psicoactivas, constitución fisiológica particular, enfermedades sistémico-funcionales, diabetes mellitus, anemia-; sino que también las consecuencias que desencadena tanto en la gestante como en el contexto en el cual se encuentra, dado que esta situación se agrava a menudo por la presencia de factores de riesgo, de carácter causal, como lo son la violencia y la situaciones sociales disfuncionales relativas al contexto familiar o grupo social de referencia (Cortes, 2006; Ministerio de Salud, 2000). No se deja de lado, el impacto que tiene esta condición incluso durante el periodo peri-natal, en el cual se ha señalado,

según algunas investigaciones, como uno de los momentos con importantes tasas de morbilidad y mortalidad (Martínez, 2007), lo que demanda a los especialistas de la salud a prestar una debida atención al respecto.

Hasta la actualidad. se han reportado una serie de casos alarmantes, tanto a nivel nacional como internacional, convirtiéndose-en una de las condiciones clínicas que está demandando una mayor atención, por parte del público involucrado, por las consecuencias desfavorables que genera (Lafaurie et al., 2011; Ministerio de Salud, 2000).

### **2.3. Glosario de términos**

#### **2.3.1. Estilos de Afrontamiento**

El afrontamiento es un proceso psicológico dinámico y complejo, es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza un individuo para enfrentarse a una situación valorada como estresante (Lazarus, 1993).

#### **2.3.2. Ansiedad**

Distinciones entre ansiedad como un estado emocional transitorio (A-Estado) y las diferencias individuales en tendencia a la intensidad como un rasgo de personalidad relativamente estable (A-Rasgo). Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1970).



## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. General**

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad en mujeres con embarazo de alto riesgo de un centro de salud de Lima Metropolitana.

### **2.4.2. Específicas**

H1: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala FSP* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H2: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala AFN* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H3: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala REP* y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H4: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala EEA* del CAE y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H5: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala EVT* del CAE y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H6: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* BAS del CAE y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H7: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* RLG del CAE y la Escala A-Estado en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H8: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* FSP y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H9: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* AFN y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H10: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* REP y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H11: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* EEA del CAE y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H12: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* EVT del CAE y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H13: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* BAS del CAE y la Escala A- Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H14: Existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento *sub-escala* RLG del CAE y la Escala A-Rasgo en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H15: Existe relación significativa entre los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas y la variable demográfica - edad de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H16: Existe relación significativa entre los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas y la variable demográfica - estado civil de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H17: Existe relación significativa entre los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y las variable demográfica - edad de un centro de salud de Lima Metropolitana.

H18: Existe relación significativa entre los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y la variable demográfica – estado civil de un centro de salud de Lima Metropolitana.

## **2.5. Operacionalización de variables**

**2.5.1. Estilos de Afrontamiento:** Ítems referidos a estilo de afrontamiento enfocado en el problema, estilo de afrontamiento enfocado en la emoción y otros estilos de afrontamiento.

**2.5.2. Ansiedad:** Número de respuestas que expresen Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

## **CAPITULO III: METODO**

### **3.1. Tipo de investigación y diseño de investigación**

(Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Afirman que el tipo de investigación que se utilizará es no experimental y el método descriptivo correlacional que tiene por objetivo medir la relación entre los Estilos de Afrontamiento al Estrés a través del CAE y la Ansiedad Estado - Rasgo a través del IDARE. Busca describir como se manifiesta el fenómeno estudiado, y analizar la relación existente entre las variables. Asimismo, en el estudio se empleará el diseño transeccional o transversal, porque se especifica la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único.

### **3.2. Población de estudio**

La población está conformada por las mujeres gestantes que se inscriban en el servicio de psicoprofilaxis en los meses de julio a noviembre del 2019, de un centro de salud de Lima Metropolitana.

### **3.3. Muestra**

#### **3.3.1. Tipo y procedimiento de muestreo**

Se trabajó con una muestra de tipo no probabilístico-accidental, debido a que la elección de los elementos no dependerá de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características de la investigación.

**Criterios de inclusión:** Para seleccionar a los participantes, se tomó en cuenta:

- Mujeres embarazadas.
- Rango de edad: 18 – 45 años.
- Haber aceptado colaborar en el trabajo de investigación (Consentimiento informado).

**Criterios de exclusión:** Se tomó en cuenta que los participantes que presenten las siguientes características serán excluidos del estudio los siguientes criterios:

- Rango de edad: Menor de 18 años – mayor de 45 años.

### **3.3.2. Tamaño de la muestra**

Se trabajó con una muestra de 100 mujeres embarazadas de un Centro de Salud de Lima Metropolitana.

### **3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

En la primera parte de los instrumentos se consideró 2 preguntas referentes a las características sociodemográficas de las evaluadas: edad y estado civil. Los cuestionarios son:

## CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRES (CAE)

Para la recolección de datos se aplicó como técnica la encuesta, empleando como instrumento el “Cuestionario de afrontamiento de estrés” (CAE) creado por Lazarus R. y Folkman S. (1984). En el año 2002 el CAE fue adaptado a español por Sandín B. y Chorot P. está constituida por 42 ítems en 7 dimensiones:

1. **Búsqueda de apoyo social (BAS)**, dirigido a si la persona busca apoyo social o no y la inclinación por compartir sus problemas con otros con el objetivo de buscar apoyo para su resolución.
2. **Religión (RLG)**, “dirigida a si la persona emplea sus creencias y fe al momento de solucionar problemas la religión y la espiritualidad contribuyen a que las personas tengan mayor autoestima, son una fuente de fortaleza y esperanza, se asocian a una mayor satisfacción con la vida y bienestar espiritual e incrementan la capacidad del perdón. Sirve de apoyo emocional y social, promueve valores. Contribuye a una mejor salud física y psicológica, ayuda a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente a situaciones complejas. Disminuye la depresión, la ansiedad, la presión sanguínea y el estrés facilitando una mayor adaptación”.
3. **Expresión emocional abierta (EEA)**, se enfoca a como la persona muestra sus emociones de manera positiva o negativa ante una situación compleja, hace referencia a modificar el modo de vivir la situación y la tendencia a evitar.
4. **Focalizado en la solución del problema (FSP)**, enfocada a como la persona analiza y emplea alternativas de solución. Este afrontamiento según Lazarus R y Folkman S se agrupa en dos grupos: el entorno y el

individuo. La primera se enfoca en la demanda analizando el problema tratando de solucionar y buscar alternativas de solución teniendo en cuenta el costo – beneficio y en el segundo grupo el sujeto incluye cambios motivacionales o cognitivos, lo cual varía de acuerdo al nivel de aspiración del sujeto o nivel de participación del yo.

5. **Evitación (EVT)**, dirigida a como el individuo no se responsabiliza de la situación compleja en la cual las habilidades se van escondiendo con el pasar del tiempo llegando a ser que la persona no tenga esa capacidad de enfrentar y solucionar sus problemas.
6. **Reevaluación positiva (REP)**, dirigida a como la persona replantea la situación y tienen respuestas cognitivas, emocionales o conductuales dirigidas a manejar, dominar, tolerar, reducir o minimizar las demandas internas y externas que ponen en prueba o exceden los recursos del individuo.
7. **Autofocalización negativa (AFN)**, dirigidas a como la persona es negativa al momento de afrontar situaciones y tiende a tener conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene.

## 2.7 Validez y confiabilidad del instrumento

2.8 2.7.1 Validez del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés. El instrumento Cuestionario de Afrontamiento del Estrés recibió validez de constructo en España por Sandin B y Chorot P en el año 2002 en donde demostraron una clara estructura factorial de los 42 ítems dividido en 7 dimensiones: Búsqueda de apoyo social, Expresión

emocional abierta, Religión, Focalizado en la solución del problema, Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva.

#### 2.9 2.7.2 Confiabilidad del cuestionario de afrontamiento del estrés Sandin

B y Chorot P determinaron la confiabilidad del CAE tanto para el CAE general como para las 7 dimensiones (Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta, Religión, Focalizado en la solución del problema, Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva), los coeficientes de fiabilidad calculadas por Alfa de Cronbach para las 7 dimensiones variaron entre 0,64 y 0,92.

Para efectos de esta investigación se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.80 mostrando una confiabilidad aceptable.

### **INVENTARIO DE DIAGNOSTICO ANSIEDAD ESTADO RASGO (IDARE)**

Las escalas de ansiedad son:

- a) Escala de ansiedad estado.
- b) Escala de ansiedad rasgo.

#### 2.7.2. Inventario de Ansiedad, Rasgo – Estado (IDARE).

Creada por Spielberger, C.; Díaz – Guerrero, R. (1975), instrumento creado en USA y tuvo una adaptación en México (1975) y Rojas en Perú (1997), se administra de manera individual o colectiva, su aplicación es de 15 minutos aproximadamente, su significación es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a como se siente el sujeto en ese momento) y rasgo (cómo se siente generalmente). El IDARE tiene 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado.



La escala A Rasgo (SXR) está conformado por ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A-Estado.

La escala A-Estado (SXE) está conformado por 20 ítems (10 directos e inversos) en la cual se pide a los participantes indicar cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. Mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situación determinada; además, evalúa los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimenta el sujeto.

### **Validez de la Escala**

La validez concurrente de la “Escala A- Rasgo” del “IDARE” se obtuvo a través de las correlaciones entre esta escala y otros instrumentos que miden la ansiedad como la “Escala de ansiedad” ( IPAT) de Cattell y Scheier (1963), la “Escala de ansiedad manifiesta” (TMAS) de Taylor ( 1963) y la “Lista de abjetivos” (AACL) de Zuckerman (1960), encontrando que dichas correlaciones eran moderadamente altas ( entre 0.52 y 0.83) tanto para estudiantes universitarios como para pacientes ( Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975).

La confiabilidad del “IDARE” fue evaluada según el método test-retest con una población de 484 estudiantes universitarios no graduados (253 hombres y 231 mujeres). Para la escala A- Rasgo, las correlaciones de test-retest, según un intervalo de 104 días, fueron significativamente altas, variando entre 0.73 y 0.86; mientras que las correlaciones para la escala A- Estado fueron relativamente bajas, variando entre 0.16 y 0.54. Asimismo, debido a la naturaleza transitoria de los

estados de ansiedad, se hallaron los coeficientes alfa de confiabilidad interna, que variaron entre 0.83 y 0.92 para la escala A- Estado y entre 0.86 y 0.92 para la escala A- Rasgo (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975).

## **2.8 Procedimiento de recolección de datos**

La recolección de los datos se realizó en los meses de julio - noviembre del año 2019. El proceso de recolección de datos se realizó previa coordinación con responsables del área. Se optó como estrategia la evaluación en el servicio de psicoprofilapsis, se explicó los objetivos, relevancia e impacto del trabajo de investigación, se solicitó su consentimiento y luego de eso su participación, se procedió a entregarles el instrumento para ser resuelto cuyo promedio de tiempo fue 30 minutos.

## **2.9 Métodos para análisis de datos**

Después de la recolección de los datos se procedió al análisis estadístico utilizando el (SPSS) versión 23.

## CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

### 4.1. Resultados

En la tabla 1 se logra observar el resultado de la confiabilidad en el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), mediante el método consistencia interna y el estadístico Alfa de Cronbach, obteniendo como coeficiente el 0,802 lo cual indica que la confiabilidad del instrumento es muy buena.

Tabla 1

*Prueba de confiabilidad por consistencia interna en el CAE*

	Alfa de Cronbach
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés	0,802

En la tabla 2 se logra observar el resultado de la confiabilidad en las subescalas del CAE, mediante el método consistencia interna y el estadístico Alfa de Cronbach, obteniendo como coeficientes 0,901 para FSP; 0,413 para AFN; 0,905 para REP; 0,907 para EEA; 0,644 para EVT; 0,944 para BAS y 0,998 para RLG.

Tabla 2

*Prueba de confiabilidad por consistencia interna en las subescalas del CAE*

Subescala	Alfa de Cronbach
FSP	0,901
AFN	0,413
REP	0,905

EEA	0,907
EVT	0,644
BAS	0,944
RLG	0,998

---

La tabla 3 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Subescala FSP del CAE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 3

*Validez de la Subescala FSP del CAE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,661	0,000
2	0,943	0,000
3	0,956	0,000
4	0,419	0,000
5	0,956	0,000
6	0,946	0,000

---

La tabla 4 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Subescala AFN del CAE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 4

*Validez de la Subescala AFN del CAE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,800	0,000
2	0,099	0,328
3	-0,008	0,939
4	0,777	0,000
5	0,758	0,000
6	0,622	0,000

La tabla 5 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Subescala REP del CAE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 5

*Validez de la Subescala REP del CAE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,941	0,000
2	0,952	0,328
3	0,871	0,939
4	0,636	0,000
5	0,706	0,000
6	0,823	0,000

La tabla 6 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Subescala EEA del CAE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 6

*Validez de la Subescala EEA del CAE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,909	0,000
2	0,890	0,000
3	0,890	0,000
4	0,917	0,000
5	0,893	0,000
6	0,342	0,000

La tabla 7 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Subescala EVT del CAE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 7

*Validez de la Subescala EVT del CAE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,730	0,000
2	0,800	0,000
3	0,699	0,000
4	0,642	0,000
5	0,377	0,000
6	0,362	0,000

La tabla 8 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Subescala BAS del CAE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 8

*Validez de la Subescala BAS del CAE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,768	0,000
2	0,902	0,000
3	0,911	0,000
4	0,917	0,000
5	0,871	0,000
6	0,946	0,000

La tabla 9 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Subescala RLG del CAE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 9

*Validez de la Subescala RLG del CAE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,997	0,000
2	0,999	0,000
3	0,999	0,000
4	0,981	0,000
5	0,996	0,000
6	0,996	0,000

En la tabla 10 se logra observar el resultado de la confiabilidad en el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE), mediante el método consistencia interna y el estadístico Alfa de Cronbach, obteniendo como coeficiente el ,965 lo cual indica que la confiabilidad del instrumento es muy buena.

Tabla 10

*Prueba de confiabilidad por consistencia interna en el Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado*

	Alfa de Cronbach
Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado	0,965

En la tabla 11 se logra observar el resultado de la confiabilidad en las Escalas del IDARE, mediante el método consistencia interna y el estadístico Alfa de Cronbach, obteniendo como coeficientes ,950 para ambas escalas.

Tabla 11

*Prueba de confiabilidad por consistencia interna en las escalas A – Estado y A - Rasgo del IDARE*

Escala	Alfa de Cronbach
A - Estado	0,950
A - Rasgo	0,950



La tabla 12 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Escala A – Estado del IDARE, así como la significancia estadística de cada uno.

Tabla 12

*Validez de la Escala A – Estado del IDARE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
1	0,056	0,056
2	-0,190	0,058
3	0,528	0,000
4	0,474	0,000
5	-0,086	0,396
6	0,580	0,000
7	0,252	0,011
8	0,064	0,525
9	0,543	0,000
10	-0,041	0,684
11	-0,024	0,814
12	0,609	0,000
13	0,677	0,000
14	0,506	0,000
15	-0,048	0,636
16	-0,196	0,051
17	0,436	0,000
18	0,671	0,000
19	0,094	0,352

20	0,092	0,361
----	-------	-------

La tabla 13 señala los resultados de las correlaciones ítem-test en la Escala A – Rasgo del IDARE, así como la significancia estadística de cada ítem.

Tabla 13

*Validez de la Escala A – Rasgo del IDARE a través del Índice de correlación ítem-test*

Ítem	Correlación de Pearson Ítem – test	Sig. (bilateral)
21	0,446	0,000
22	0,563	0,000
23	0,690	0,000
24	0,690	0,000
25	0,673	0,000
26	0,382	0,000
27	0,421	0,000
28	0,821	0,000
29	0,766	0,000
30	0,579	0,000
31	0,817	0,000
32	0,684	0,000
33	0,430	0,000
34	0,447	0,000
35	0,721	0,000

36	0,470	0,000
37	0,750	0,000
38	0,820	0,000
39	0,472	0,000
40	0,831	0,000

---

### **Análisis descriptivo:**

La tabla 14 muestra las edades de las mujeres embarazadas. Se usó el cuartil uno (23 años) y el cuartil tres (35 años) del total de las edades para elaborar los tres grupos que se muestra a continuación, siendo 18 años la edad mínima y 45 años la edad máxima.

Tabla 14

#### *Descripción de la población según grupo de edades*

Grupo de edad	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
18-23	27	27
24-34	44	44
35-45	29	29

---

La tabla 15 muestra que, del total de las evaluadas, el 57% son solteras, el 29% son convivientes o casadas y el 14% son divorciadas.

Tabla 15

*Descripción de la población según estado civil*

Estado civil	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Soltera	57	57
Conviviente / Casada	29	29
Divorciada	14	14

La tabla 16 revela los estadísticos descriptivos obtenidos del puntaje directo total en las subescalas del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés: Focalización en solución de problemas (FSP), Autofocalización negativa (AFN), Reevaluación positiva (REV), Expresión emocional abierta (EEA), Evitación (EVT), Búsqueda de apoyo social (BAS) y Religión (RLG); obteniendo una media de 11,01 para FSP, 13,27 para AFN, 6,16 para REP, 17,54 para EEA, 3,58 para EVT, 19,26 para BAS y 8,40 para RLG.

Tabla 16

*Estadísticos descriptivos de las subescalas del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés*

Estadísticos descriptivos	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Media	11,01	13,27	6,16	17,54	3,58	19,26	8,40
Varianza	15,909	6,179	14,479	18,029	6,044	10,720	42,061

Desviación estándar	3,989	2,486	3,805	4,246	2,458	3,274	6,485
Rango	17	13	14	18	11	12	24
Mínimo	2	5	0	6	0	12	0
Máximo	19	18	14	24	11	24	24

En la tabla 17 se puede observar que el nivel predominante de la Subescala FSP es “Utiliza mucho” representando al 53% de las evaluadas.

Tabla 17

*Focalización en la solución de problemas (FSP), según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No lo aplica	11	11
Utiliza poco	30	30
Utiliza mucho	53	53
Utiliza siempre	6	6

En la tabla 18 se puede observar que el nivel predominante de la Subescala AFN es “Utiliza mucho” representando al 72% de las evaluadas.

Tabla 18

*Autofocalización negativa (AFN), según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No lo aplica	2	2

Utiliza poco	22	22
Utiliza mucho	72	72
Utiliza siempre	4	4

En la tabla 19 se puede observar que el nivel predominante de la Subescala REP es “No aplica” representando al 57% de las evaluadas.

Tabla 19

*Reevaluación positiva (REP), según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No lo aplica	57	57
Utiliza poco	33	33
Utiliza mucho	10	10
Utiliza siempre	0	0

En la tabla 20 se puede observar que el nivel predominante de la Subescala EEA es “Utiliza siempre” representando al 59% de las evaluadas.

Tabla 20

*Expresión emocional abierta (EEA), según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No lo aplica	0	0
Utiliza poco	9	9

Utiliza mucho	32	32
Utiliza siempre	59	59

---

En la tabla 21 se puede observar que el nivel predominante de la Subescala EVT es “No lo aplica” representando al 77% de las evaluadas.

Tabla 21

*Evitación (EVT), según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No lo aplica	77	77
Utiliza poco	23	23
Utiliza mucho	0	0
Utiliza siempre	0	0

---

En la tabla 22 se puede observar que el nivel predominante de la Subescala BAS es “Utiliza siempre” representando al 84% de las evaluadas.

Tabla 22

*Búsqueda de apoyo social (BAS), según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No lo aplica	0	0
Utiliza poco	0	0

Utiliza mucho	16	16
Utiliza siempre	84	84

En la tabla 23 se puede observar que el nivel predominante de la Subescala RLG es “Utiliza siempre” representando al 84% de las evaluadas.

Tabla 23

*Religión (RLG), según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
No lo aplica	25	25
Utiliza poco	30	30
Utiliza mucho	30	30
Utiliza siempre	15	15

La tabla 24 revela los estadísticos descriptivos obtenidos del puntaje directo total en las escalas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado, obteniendo una media de 40,54 para la Escala A - Estado y 47,76 para la Escala A – Rasgo.

Tabla 24

*Estadísticos descriptivos de la Escala A – Rasgo y la Escala A - Estado del IDARE*

Estadísticos descriptivos	Escala A - Estado	Escala A - Rasgo
Media	40,54	47,76
Varianza	20,74	27,74



Desviación estándar	4,55	5,27
Rango	25	23
Mínimo	28	36
Máximo	53	59

En la tabla 25, se puede observar que el nivel predominante de la Escala A – Estado es “Media” representando al 80% de las evaluadas.

Tabla 25

*Escala A – Estado según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja	2	2
Media	80	80
Alta	18	18

En la tabla 26, se puede observar que el nivel predominante de la Escala A – Rasgo es “Alta” representando al 66% de las evaluadas

Tabla 26

*Escala A – Rasgo según niveles*

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja	0	0
Media	34	34
Alta	66	66

Los resultados de la tabla 27 señalan que todas las variables, excepto en la Escala A – Estado, arrojan significancia estadística; es decir, no existe normalidad en la distribución de sus puntajes. Por lo tanto, la estadística oportuna para correlacionar dichas variables será no paramétrica.

Tabla 27

*Prueba de normalidad de las 7 dimensiones del Cuestionario de afrontamiento del Estrés con la Escala A – Estado del IDARE*

Variables	Kolmogorov – Smirnov (KS)	Sig.	gl
Escala A – Estado	0,062	0,200	100
Escala A – Rasgo	0,120	0,001	100
FSP	0,188	0,000	100
AFN	0,115	0,000	100
REP	0,190	0,000	100
EEA	0,133	0,000	100
EVT	0,193	0,000	100
BAS	0,222	0,000	100
RLG	0,164	0,000	100

Los resultados de la tabla 28 señalan que el número de evaluadas para cada grupo de edad es menor a cincuenta, por lo que es necesario consultar los resultados estadísticos según Shapiro Wilk. El cual muestra que existe significancia estadística para las variables agrupadas según el grupo de edades, entonces no existe normalidad en la distribución de sus puntajes. Por consiguiente, la estadística oportuna para correlacionarlas será no paramétrica

Tabla 28

*Prueba de normalidad de los factores del CAE con el grupo de edades*

Variables	Grupos	Shapiro – Wilk	Sig.	gl
Factor FSP	18 – 23	0,961	0,393	27
	24 – 34	0,906	0,002	44
	35 – 45	0,931	0,060	29
Factor AFN	18 – 23	0,934	0,087	27
	24 – 34	0,935	0,016	44
	35 – 45	0,943	0,121	29
Factor REP	18 – 23	0,889	0,008	27
	24 – 34	0,931	0,011	44
	35 – 45	0,950	0,183	29
Factor EEA	18 – 23	0,948	0,191	27
	24 – 34	0,938	0,021	44
	35 – 45	0,958	0,289	29
Factor EVT	18 – 23	0,863	0,002	27
	24 – 34	0,869	0,000	44
	35 – 45	0,933	0,067	29
Factor BAS	18 – 23	0,796	0,000	27
	24 – 34	0,869	0,000	44
	35 – 45	0,873	0,002	29
Factor RLG	18 – 23	0,902	0,015	27
	24 – 34	0,886	0,000	44
	35 – 45	0,881	0,004	29

Los resultados de la tabla 29 muestran que el grupo de mujeres solteras son mayores a cincuenta, mientras que los demás grupos son menores; entonces para el caso de las mujeres solteras, se realizó la consulta estadística según Kolmogorov Smirnov, mientras que para los demás grupos se consultó según Shapiro – Wilk. Los resultados muestran que para los resultados de la prueba de normalidad de todas las subescalas son estadísticamente significativos. Por consiguiente, la estadística oportuna para correlacionarlas será no paramétrica.

Tabla 29

*Prueba de normalidad de las subescalas del CAE según estado civil*

Variables	Grupos	Kolmogorov Smirnov (KS)	Shapiro - Wilk	Sig.	gl
	Soltera	0,148	-	,003	57
Factor FSP	Conviviente / casada	-	0,796	,000	29
	Divorciada	-	0,946	,504	14
	Soltera	0,108	-	,095	57
Factor AFN	Conviviente / casada	-	0,957	,271	29
	Divorciada	-	0,867	,038	14
	Soltera	0,208	-	,000	57
Factor REP	Conviviente / casada	-	0,968	,514	29
	Divorciada	-	0,893	,089	14
	Soltera	0,150	-	,003	57
Factor EEA	Conviviente / casada	-	0,956	,269	29
	Divorciada	-	0,942	,446	14
	Soltera	0,253	-	,000	57

	Conviviente / casada	-	0,914	,022	29
	Divorciada	-	0,950	,559	14
	Soltera	0,239	-	,000	57
Factor BAS	Conviviente / casada	-	0,880	,003	29
	Divorciada	-	0,852	,024	14
	Soltera	0,173	-	,000	57
Factor RLG	Conviviente / casada	-	0,883	,004	29
	Divorciada	-	0,867	,038	14

Los resultados de la tabla 30 señalan que el número de evaluadas para cada grupo de edad es menor a cincuenta, por lo que es necesario consultar los resultados estadísticos según Shapiro Wilk. El cual muestra que no existe significancia estadística para ambas variables agrupadas según el grupo de edades, entonces existe normalidad en la distribución de sus puntajes. Por consiguiente, la estadística oportuna para correlacionarlas será paramétrica

Tabla 30

*Prueba de normalidad de las escalas del IDARE según el grupo de edades*

Variables	Grupos	Shapiro - Wilk	Sig.	gl
	18 – 23	0,969	0,581	27
Escala A – Estado	24 – 34	0,962	0,154	44
	35 – 45	0,968	0,514	29
	18 – 23	0,929	0,065	27
Escala A – Rasgo	24 – 34	0,955	0,084	44
	35 – 45	0,958	0,291	29

Los resultados de la tabla 31 muestran que el grupo de mujeres solteras son mayores a cincuenta, mientras que los demás grupos son menores a cincuenta; entonces para el caso de las mujeres solteras, se realizó la consulta estadística según Kolmogorov Smirnov, mientras que para los demás grupos se consultó según Shapiro – Wilk. Los resultados muestran que para la Escala A – Estado es necesario usar pruebas paramétricas, mientras que para la Escala A – Rasgo, pruebas no paramétricas al concluirse significancia estadística en el grupo de mujeres solteras.

Tabla 31

*Prueba de normalidad de las escalas del IDARE con los estados civiles*

Variables	Grupos	Kolmogorov Smirnov (KS)	Shapiro - Wilk	Sig.	gl
Escala A – Estado	Soltera	0,084	-	0,200	57
	Conviviente / casada	-	0,962	0,360	29
	Divorciada	-	0,960	0,728	14
Escala A – Rasgo	Soltera	0,134	-	0,012	57
	Conviviente / casada	-	0,972	0,609	29
	Divorciada	-	0,940	0,415	14

### Resultados de estadística inferencial:

La tabla 32 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre las escalas A – Estado y A – Rasgo arroja un valor  $p = 0,000$  lo cual es indicador de una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (0,419) señala correlación positiva y, por ende, directamente proporcional.

Tabla 32

*Análisis correlacional entre las escalas A – Estado y A – Rasgo del IDARE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	0,419
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 33 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Estado del IDARE y la subescala FSP del CAE arroja un valor  $p = 0,037$  lo cual es indicador de una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (0,209) señala correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.

Tabla 33

*Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala FSP del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	-0,209
Sig. (bilateral)	0,037
N	100

La tabla 34 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Estado del IDARE y la subescala AFN del CAE arroja un valor  $p=0,000$  lo cual es indicador de una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (0,350) señala correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.

Tabla 34

*Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala AFN del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	0,350
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 35 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Estado del IDARE y la subescala REP del CAE arroja un valor  $p=0,008$  lo cual es indicador de una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,263) señala correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.



Tabla 35

*Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala REP del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	-0,263
Sig. (bilateral)	0,008
N	100

La tabla 36 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Estado del IDARE y la subescala EEA del CAE arroja un valor  $p=0,000$  lo cual es indicador de correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (0,393) señala correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.

Tabla 36

*Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala EEA del CAE*

Pearson	
Coeficiente de correlación	0,393
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 37 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Estado del IDARE y la subescala EVT del CAE arroja un valor

$p=0,182$  lo cual es indicador de que no hay una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (0,182) señala correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.

Tabla 37

*Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala EVT del CAE*

Rho de Spearman	
Coefficiente de correlación	-0,135
Sig. (bilateral)	0,182
N	100

La tabla 38 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Estado del IDARE y la subescala BAS del CAE arroja un valor  $p=0,399$  lo cual es indicador de que no hay una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,085) señala correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.

Tabla 38

*Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala BAS del CAE*

Rho de Spearman	
Coefficiente de correlación	-0,085
Sig. (bilateral)	0,399
N	100

La tabla 39 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Estado del IDARE y la subescala RLG del CAE arroja un valor  $p=0,577$  lo cual es indicador de que no hay correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,056) señala correlación negativa y por ende indirectamente proporcional.

Tabla 39

*Análisis correlacional entre la escala A – Estado del IDARE con la subescala RLG del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	-0,056
Sig. (bilateral)	0,577
N	100

La tabla 40 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Rasgo del IDARE y la subescala FSP del CAE arroja un valor  $p = 0,000$  lo cual es indicador de una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,627) señala correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.

Tabla 40

*Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala FSP del CAE*

Rho de Spearman	
-----------------	--

Coeficiente de correlación	-0,627
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 41 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Rasgo del IDARE y la subescala AFN del CAE arroja un valor  $p=0,000$  lo cual es indicador de una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (0,627) señala correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.

Tabla 41

*Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala AFN del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	0,627
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 42 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Rasgo del IDARE y la subescala REP del CAE arroja un valor  $p=0,000$  lo cual es indicador de una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,646) señala correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.

Tabla 42

*Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala REP del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	-0,646
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 43 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Rasgo del IDARE y la subescala EEA del CAE arroja un valor  $p=0,000$  lo cual es indicador de correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (0,694) señala correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.

Tabla 43

*Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala EEA del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	0,694
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 44 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Rasgo del IDARE y la subescala EVT del CAE arroja un valor  $p=0,182$  lo cual es indicador de que hay una correlación estadísticamente significativa

entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,505) señala correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.

Tabla 44

*Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala EVT del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	-0,505
Sig. (bilateral)	0,000
N	100

La tabla 45 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Rasgo del IDARE y la subescala BAS del CAE arroja un valor  $p=0,892$  lo cual es indicador de que no hay una correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,014) señala correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.

Tabla 45

*Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala BAS del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	-0,014
Sig. (bilateral)	0,892
N	100

La tabla 46 manifiesta que el análisis de la correlación con el coeficiente Spearman Brown entre la escala A – Rasgo del IDARE y la subescala RLG del CAE arroja un valor  $p=0,033$  lo cual es indicador de que hay correlación estadísticamente significativa entre las variables señaladas. Asimismo, el coeficiente obtenido (-0,213) señala correlación negativa y por ende inversamente proporcional.

Tabla 46

*Análisis correlacional entre la escala A – Rasgo del IDARE con la subescala RLG del CAE*

Rho de Spearman	
Coeficiente de correlación	-0,213
Sig. (bilateral)	0,033
N	100

La tabla 47 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala FSP según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 47

*Análisis correlacional entre la subescala FSP con los grupos de edades*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,454
Sig.	0,797
N	100

La tabla 48 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala AFN según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 48

*Análisis correlacional entre la subescala AFN con los grupos de edades*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,105
Sig.	0,949
N	100

La tabla 49 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala REP según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 49

*Análisis correlacional entre la subescala REP con los grupos de edades*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	2,307
Sig.	0,315
N	100

La tabla 50 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala EEA según los grupos de edades tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p < 0,05$ .



Tabla 50

*Análisis correlacional entre la subescala EEA con los grupos de edades*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	6,059
Sig.	0,048
N	100

La tabla 51 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala EVT según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 51

*Análisis correlacional entre la subescala EVT con los grupos de edades*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,486
Sig.	0,784
N	100

La tabla 52 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala BAS según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 52

*Análisis correlacional entre la subescala BAS con los grupos de edades*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	4,266
Sig.	0,118
N	100

La tabla 53 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala RLG según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 53

*Análisis correlacional entre la subescala RLG con los grupos de edades*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,644
Sig.	0,725
N	100

La tabla 54 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala FSP según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 54

*Análisis correlacional entre la subescala FPS según el estado civil*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,068
Sig.	0,966

N	100
---	-----

La tabla 55 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala AFN según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 55

*Análisis correlacional entre la subescala AFN según el estado civil*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	1,640
Sig.	0,440
N	100

La tabla 56 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala REP según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 56

*Análisis correlacional entre la subescala REP según el estado civil*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,807
Sig.	0,668
N	100

La tabla 57 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala EEA según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 57

*Análisis correlacional entre la subescala EEA según el estado civil*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	2,027
Sig.	0,363
N	100

La tabla 58 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala EVT según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 58

*Análisis correlacional entre la subescala EVT según el estado civil*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,046
Sig.	0,977
N	100

La tabla 59 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala BAS según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 59

*Análisis correlacional entre la subescala BAS según el estado civil*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	0,759
Sig.	0,684
N	100

La tabla 60 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Kruskal Wallis entre la subescala RLG según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 60

*Análisis correlacional entre la subescala RLG según el estado civil*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	2,432
Sig.	0,296
N	100

La tabla 61 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Anova entre la Escala A – Estado según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 61

*Comparación de grupos independientes entre la Escala A – Estado del IDARE según los grupos de edades*

Prueba de Anova	
Sig.	0,273
N	100

La tabla 62 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Anova entre la Escala A – Estado según los grupos de edades no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 62

*Análisis correlacional de la escala A – Rasgo del IDARE según los grupos de edades*

Prueba de Anova	
Sig.	0,111
N	100

La tabla 63 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba de Anova entre la Escala A – Estado según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 63

*Comparación de grupos independientes de la escala A – Estado del IDARE según estado civil*

Prueba de Anova	
Sig.	0,448
N	100

La tabla 64 manifiesta que el análisis de la comparación de grupos independientes con la prueba H de Kruskal - Wallis entre la Escala A – Rasgo según el estado civil no tienen diferencias estadísticamente significativas al tener un valor  $p > 0,05$ .

Tabla 64

*Comparación de grupos independientes de la escala A – Rasgo del IDARE según el estado civil (no paramétrico)*

Prueba de Kruskal Wallis	
H de Kruskal-Wallis	1,549
Sig.	0,207
N	100

## 4.2. Discusión

El estudio de los estilos de afrontamiento al estrés y su relación a la variable ansiedad, nos brinda información relevante que permitirá tener mayor información sobre la problemática de las mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

En ese marco, este trabajo buscó conocer la relación entre las variables de Estilos de Afrontamiento al Estrés y la Ansiedad, para ello contó con una muestra conformada por 100 mujeres embarazadas de un Centro de Salud de Lima Metropolitana estudiante, constituida en mayor proporción por mujeres de los siguientes rangos de edad 18-23 años (27%), 24-34 años (44%) y de 34-45 años (29%), así mismo el estado civil está representado por Solteras (57%), Convivientes/Casadas (29%) y Divorciadas (14%).

Es importante precisar que para analizar los instrumentos de aplicación, tanto el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) como el IDARE, primero se realizó una revisión de los estudios de corte psicométrico de ambas escalas y de igual manera se procedió a adecuarlas a nuestra realidad a fin de garantizar indicadores confiables y válidos, como resultado de dicho análisis se encontraron coeficientes de confiabilidad “muy buenos” a través del estadístico Alfa de Cronbach, para ambas escalas; “CAE” (,802) y “IDARE” (,0,950). En relación al análisis de la validez reportó mediante la correlación ítem-test que nos encontrábamos frente a ítems significativos ( $p=,000$ ) respecto al puntaje total de las escalas. En esta perspectiva, Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) obtuvo ítems con correlaciones oscilantes entre ,78\*\* a ,88\*\*; mientras que el IDARE presentó elementos con puntuaciones entre ,434\*\* a ,776\*\*, refiriendo ítems válidos en ambas pruebas.



En ese sentido se demostró el uso de instrumentos de evaluación con índices apropiados de validez y confiabilidad, respaldando así, los hallazgos obtenidos en cada uno de los objetivos planteados.

En relación al objetivo general “Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana”, se obtuvo que existe relación altamente significativa y directa entre las variables señaladas ( $p=,000$   $r=,437^{**}$ ), en ese sentido se aceptó la hipótesis general de investigación, por lo tanto se infiere que los Estilos de Afrontamiento al Estrés implicaran una relación con los Niveles de Ansiedad.

Así mismo se tuvo como objetivo “Establecer la relación entre cada dimensión del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento con la Escala de Ansiedad - Estado en mujeres embarazadas en un centro de salud de Lima Metropolitana”, hallando correlaciones estadísticamente significativas con las siguientes dimensiones; **FSP** ( $p=,037$ ;  $r=,209^{**}$ ), **AFN** ( $p=,000$ ;  $r=,350^{**}$ ), **REP** ( $p=,008$ ;  $r=-,263^{**}$ ), **EEA** ( $p=,000$ ;  $r=-,393^{**}$ ), es importante precisar que no se hallaran correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones **EVT** ( $p=,182$ ;  $r=-,182^{**}$ ), **BAS** ( $p=,399$ ;  $r=-,085^{**}$ ) y **RLG** ( $p=,577$ ;  $r=-,056^{**}$ ). La relación las dimensiones del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento con la Escala de Ansiedad - Rasgo en mujeres embarazadas en un centro de salud de Lima Metropolitana hallando correlaciones estadísticamente significativas con las siguientes dimensiones; **FSP** ( $p=,000$ ;  $r=-,627^{**}$ ), **AFN** ( $p=,000$ ;  $r=,627^{**}$ ), **REP** ( $p=,000$ ;  $r=-,646^{**}$ ), **EEA** ( $p=,000$ ;  $r=-,694^{**}$ ), **EVT** ( $p=,000$ ;  $r=-,505^{**}$ ), y **RLG** ( $p=,033$ ;  $r=-$

,213\*\*) es importante precisar que no se hallaron correlaciones estadísticamente significativas con la dimensiones **BAS** ( $p=,892$ ;  $r=-,014^{**}$ )

Por otro lado, respecto al objetivo “Identificar los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas de un Centro de Salud de Lima Metropolitana”, se halló la prevalencia de los niveles en relación a los Estilos de Afrontamiento son: Nivel predominante de la sub-escala **FSP** es “Utiliza mucho” representando al 53%, en la sub-escala **AFN** es “Utiliza mucho” representando al 72%, en la sub-escala **REP** es “No aplica” representando al 57%, en la sub-escala **EEA** es “Utiliza siempre” representando al 59%, en la sub-escala **EVT** es “No lo aplica” representando al 77%, en la sub-escala **BAS** es “Utiliza siempre” representando al 84% y finalmente en la sub-escala **RLG** es “Utiliza poco” y “Utiliza mucho” representando al 30% respectivamente, en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.

Finalmente, se buscó “Identificar los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana evidenciando que Los niveles son el nivel predominante de la Escala A – Estado es “Media” representando al 80% y en la Escala A – Rasgo es “Alta” representando al 66% en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana. Los resultados reportados evidencian que más de los tres cuartos de las evaluadas perciben niveles medio de Ansiedad – Estado y más de la mitad de las evaluadas perciben un nivel alto de Ansiedad – Rasgo.

De estos resultados podrían preguntarse en el marco de una perspectiva de futuro sobre la importancia de contar con recursos psicológicos de Estilos de Afrontamiento que

permitirán a las madres embarazadas poder afrontar de una mejor manera el proceso del parto.

Todos los argumentos sostenidos, son importantes aportes en diferentes en el área temática de la mujer embarazada, así mismo igualmente este trabajo constituye un estudio sólido, sobre un tema no muy abordado, investigación que garantizará y sugerirá el interés de los investigadores sobre las variables de estudio.

## CONCLUSIONES

De los resultados de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. *Existe relación significativa entre los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana, se obtuvo que existe relación altamente significativa y directa entre las variables señaladas ( $p=,000$   $r=,437^{**}$ ),*
2. *Los Estilos de Afrontamiento son: Nivel predominante de la sub-escala **FSP** es “Utiliza mucho” representando al 53%, en la sub-escala **AFN** es “Utiliza mucho” representando al 72%, en la sub-escala **REP** es “No aplica” representando al 57%, en la sub-escala **EEA** es “Utiliza siempre” representando al 59%, en la sub-escala **EVT** es “No lo aplica” representando al 77%, en la sub-escala **BAS** es “Utiliza siempre” representando al 84% y finalmente en la sub-escala **RLG** es “Utiliza poco” y “Utiliza mucho” representando al 30% respectivamente, en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.*
3. *Los niveles son el nivel predominante de la Escala A – Estado es “Media” representando al 80% y en la Escala A – Rasgo es “Alta” representando al 66% en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana.*
4. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Estado del IDARE y la sub-escala FSP del CAE. Es una correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.*
5. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Estado del IDARE y la sub-escala AFN del CAE. Es una correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.*

6. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Estado del IDARE y la subescala REP del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.*
7. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Estado del IDARE y la sub-escala EEA del CAE. Es una correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.*
8. *No existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Estado del IDARE y la sub-escala EVT. Es una correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.*
9. *No existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Estado del IDARE y la sub-escala BAS del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional*
10. *No existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Estado del IDARE y la sub-escala RLG del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, indirectamente proporcional.*
11. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Rasgo del IDARE y la sub-escala FSP del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.*
12. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Rasgo del IDARE y la sub-escala AFN del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.*
13. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Rasgo del IDARE y la sub-escala REP del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.*

14. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Rasgo del IDARE y la sub-escala EEA del CAE. Es una correlación positiva y, por ende, es directamente proporcional.*
15. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Rasgo del IDARE y la sub-escala EVT. Es una correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.*
16. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Rasgo del IDARE y la sub-escala BAS del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, es inversamente proporcional.*
17. *Existe una correlación estadísticamente significativa entre la Escala A – Rasgo del IDARE y la sub-escala RLG del CAE. Es una correlación negativa y, por ende, indirectamente proporcional.*
18. *No existen diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana en función a la variable edad.*
19. *No existen diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana en función a la variable estado civil.*
20. *No existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana en función a la variable edad.*
21. *No existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana en función a la variable estado civil.*

## RECOMENDACIONES

Se considera que el presente trabajo desarrollado brinda un aporte importante para generar futuros estudios que complementen lo encontrado en el presente estudio. Se sugiere.

1. Realizar propuestas preventivas y asistenciales en mujeres embarazadas en ansiedad Estado como medio de intervención psicoterapéutica.
2. Implementar de Talleres sobre mecanismos de afrontamiento al estrés a fin de que la embarazada desarrolle mecanismos para que haga frente a situaciones de estrés, evitando a que se afecte su salud física y mental que repercuta en el parto.
3. Generar investigaciones futuras tomando en cuenta variables ligadas a la problemática desarrollada.
4. Desarrollar investigaciones con enfoque cualitativo permitiendo que los evaluados expresen de forma directa sus acciones y emociones frente a situaciones de estrés de manera que se pueda identificar qué tipo de apoyo requieren.
5. Plantear una investigación con adolescentes embarazadas, con finalidad de hallar posibles diferencias en función a la muestra estudiada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M. y Sáiz, P. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Bernadette, P. (2000). *Investigación científica de salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Callico, G., Domingo, M. y Requena, E. (1995). Trastornos en la menstruación y su relación con la depresión en el embarazo: Una revisión teórica. *Papeles del Psicólogo*, 44, 35-44.
- Cano, V. & Miguel, T. (2001). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional. El inventario de situaciones y de respuestas de ansiedad-ISRA. Málaga: Arguval.
- Cano, V. (2002). La ansiedad. Claves para vencerla. (1ra edición). Málaga: Arguval



- Carver, C., Scheier, M. and Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis de licenciatura no publicada). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Czernik, G., Giménez, N., Almirón, L. & Larroza, G. (2006). Ansiedad rasgo-estado en una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia (Chaco). Recuperado el 4 de febrero de 2011 de <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-067.pdf>.
- Cerruti, S. (1997). *Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia*. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.
- Chamy, V., Cardemil, F., Betancour, P., Ríos, M. y Leighton, L. (2009). Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74(6), 331-338.
- Cólica, P. (2015). *Estrés manual diagnóstico: la explicación psicológica de los síntomas*. Córdoba: Brujas.
- Conde-Agudelo, A. (2001). *Embarazo de alto riesgo*. Recuperado de [https://repository.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/item/4375/1/061\\_Emba\\_razo\\_alto\\_riesgo.pdf](https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/4375/1/061_Emba_razo_alto_riesgo.pdf)

- Cortes, J. (2006). *Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el hospital general de zona N.1 de la ciudad de Colima en el año 2004*. (Tesis de especialidad en Medicina Familiar). Colima: Universidad de Colima.
- Cottraux, J. y Fontanie, O. (1994). *Terapia cognitiva y comportamental*. Barcelona: Masson.
- Cueto, M. (2004). *El valor de la salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- David A. Clark y Aaron T. Beck (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. España. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- David D. Burns (1998). *Adiós, Ansiedad “Cómo superar la timidez, miedos, fobias y las situaciones de pánico*. México: Paidós.
- De Molina I. et. al. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, nº 13 (jun.,2015) | 17.
- Dryfoos, J. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Echeburúa, E. (1996). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Endler, N. and Parker, J. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3,243-248.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.
- Everly, G. (1979). *Strategies for coping with stress: An assessment scale*. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services.

- Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.
- Eysenck, H. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Thomas.
- Eysenck, H. (1991). *Smoking, personality, and stress: Psychosocial factors in the prediction of cancer and coronary heart disease*. Nueva York: Springer Verlag.
- Eysenck, H. & Eysenck, M. (1985). *Personality and individual differences*. New York: Plenum Press.
- Femat, M. (2007). Familias de madres solteras. Una perspectiva transgeneracional. *Anuario de Investigación*, 578-601.
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Feuerstein, M., Labbe, E. and Kuczmierczyk, A. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.
- Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. and Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Galán, S. y Camacho, E. (2012). *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*. México: El Manual Moderno.

- Girdano, D. y Everly, G. (1986). *Controlling stress and tension*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Gray, J. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Guarino, L. (2010). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 2: 179-188, julio-diciembre.
- Hernández, Fernández y Baptista (2006). *Metodología de la investigación*. (3ª ed.). Mexico D.F.:Mc Graw Hill.
- Holroyd, K. and Lazarus, R. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. In L. Goldberger and S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-35). New York: Free Press.
- Hurtado, F. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y su estilo de afronte. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 66, 32-55.
- Jaenes, J. (2000). *Estado emocional y conducta deportiva: Ansiedad competitiva en corredores de maratón*. (Tesis doctoral no publicada). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Kaplan, H. and Sadock, B. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: William and Wilkins.

- Kohlberg, L. (1966). A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. In E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford: Stanford University Press.
- Labrador, F. (1995). *Estrés. Nuevas técnicas de control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Lazarus, R. (1966). Ansiedad psicológica y el proceso de adaptación. México: McGraw-Hill
- Lazarus (1976). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspective in interactional psychology* (pp.287-237). New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. (1984). On the primacy of cognition. Ciudad: New York
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lafaurie, M., Castañeda, K., Castro, D., Laverde, S., Yolima, L., López, C., Martínez, E., Martínez, Y., Parra, C., Ramírez, N. y Pardo, Y. (2011). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 15-28.
- Lemus, K. et. al. (2012). Pesquisa activa de ansiedad en adolescentes embarazadas Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012, 9(2).
- Martínez, R. (2007). Detección oportuna de factores de riesgo del embarazo en la consulta externa del Hospital Escuela U.V. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7(1), 14-21.

- McCrae, R. & Costa, P. & Piedmont, R. (1993). Folk concepts, natural language, and psychological constructs: The California Psychological Inventory and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 61, 1-26.
- Meichenbaum, D. and Turk, D. (1982). Stress, coping, and disease. En R. Neufeld (Ed.), *Psychological stress and psychopathology*. New York: McGraw-Hill.
- Ministerio de Salud (2000). *Embarazo de alto riesgo: Atención integral y especializada*. Lima: Centro de Documentación.
- Ministerio de Salud (2010). Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de Salud. Lima: Centro de Documentación.
- Moos, R. and Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resource and processes. In L. Goldberger and S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212–230). New York: Free Press.
- Moos, L., Cronkite, R, Billings, A. and Finney, J. (1986). *Health and daily living form*. Stanford: University Medical Centers.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización de las Naciones Unidas (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014*. New York: Organización de las Naciones Unidas.
- Rodríguez-Olaya, L., García-León, A. y Muela, J. (2003). Evaluación de la ansiedad en gestantes de diferentes tipos de alto riesgo obstétrico. *Revista de Enfermería Científica*, 254-255, 37-45.
- Roger, D., Jarvis, G. and Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores del VIH*. (Tesis de maestría no publicada). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Romero, P. y Gavino, A. (2009). *Tratando trastorno de ansiedad generalizada*. Madrid: Pirámide.
- Rosas, M., Soto, C., Vera, B. y Vera, C. (1999). Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que acuden a hospitales del ministerio de salud de la ciudad del Cusco. *Revista UNMS*, 9(16), 28-45.
- Salazar, V. (1992). *Relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y las dimensiones de personalidad neurotisismo y extroversión. Estudio realizado en estudiantes universitarios*. (Tesis de licenciatura). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Sánchez-Cánovas, J. (1993). Estrategias de afrontamiento. En J. Sánchez-Cánovas & M. Sánchez-López (Eds.), *Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas prácticas* (pp. 483-525). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

- Sánchez, A., Bermúdez, M. y Buéla-Casal, G. (1997). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista de Motivación y Emoción*, 2(2-3), 14-26.
- Schreurs, P., Willige, G., Tellegen, G. and Brosschot, J. (1987). *The utrechtse coping lijst: UCL*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Spielberger, C. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. (1966). Tensión y Ansiedad. México: Hamper & Row latinoamericana S.A de C.V. Spielberger, Gorsuch y Lusheme (1967). State-trat Anxiety inventory. Ciudad: Palo Alto California.
- Spielberger, C. (1972). Ansiedad como un estado emocional. México: tendencias corrientes en la teoría e investigación.
- Spielberger (1980). Test Anxiety Inventory Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. & Díaz Guerrero, R. (2006). Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado IDARE. México. Editorial Manual Moderno
- Suinn, R. (1993). *Entrenamiento en manejo de ansiedad*. Bilbao: Desclee De Brouwer. Steptoe, A. (1991). Psychological coping, individual differences and psychological stress responses. En C. Cooper & R. Payne (Ed.), *Personality and Stress: Individual differences in the stress process* (pp. 205-233). Chichester: John Wiley & Sons.
- Tyrer, P. (1989). Classification of Neurosis. London: Wiley.
- Tobeña, A. (1986). Predictores biológicos y trastornos de ansiedad. En A. Tobeña. (Ed.) Trastornos de ansiedad. Orígenes y tratamiento. Barcelona: Alamed.



- Valdivieso, E. et. al. (2010). Aspectos asociados a la presencia de ansiedad en mujeres que asisten a la unidad materno fetal de la clínica Reina Sofía Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. Volumen 3. Número 1.
- Vogel, W. (1985). Coping, stress, stressors and health consequences. *Neuropsychobiology*, 13, 129-135.
- Weinberg, R. y Gould, D. (1995). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Williams, J., Watts, F., MacLeod, C. & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Zubarew, T. (2005). *Sexualidad del adolescente*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica.

## ANEXOS

### CAE Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre ..... Edad ..... Sexo .....

**Instrucciones:** En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

#### ¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente .....                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal .....                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema .....                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Descargué mi mal humor con los demás .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas .....              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Asistí a la Iglesia .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados .....                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas .....                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Intenté sacar algo positivo del problema .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Insulté a ciertas personas .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema .....                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema .....                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) .....                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo .....                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema .....                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás .....              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me comporté de forma hostil con los demás .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema .....                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema .....                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema .....                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema .....                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación .....             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes .....            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Agredí a algunas personas .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Procuré no pensar en el problema .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal .....           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas .....                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema .....              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» .....                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Me irrité con alguna gente .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir .....           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Recé .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema .....                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Me resigné a aceptar las cosas como eran .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor .....                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Intenté olvidarme de todo .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos ..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**IDARE**  
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1. NO	2. UN POCO	3. BASTANTE	4. MUCHO
-------	------------	-------------	----------

1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a)	1	2	3	4
5. Me siento a gusto(a)	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a)	1	2	3	4
13. Estoy agitado(a)	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado(a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

**IDARE**  
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

1. CASI NUNCA	2. ALGUNAS VECES	3. FRECUENTEMENTE	4. CASI SIEMPRE
21. Me siento bien			1 2 3 4
22. Me canso rápidamente			1 2 3 4
23. Siento ganas de llorar			1 2 3 4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo			1 2 3 4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente			1 2 3 4
26. Me siento descansado(a)			1 2 3 4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"			1 2 3 4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas			1 2 3 4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia			1 2 3 4
30. Soy feliz			1 2 3 4
31. Tomo las cosas muy a pecho			1 2 3 4
32. Me falta confianza en mí mismo(a)			1 2 3 4
33. Me siento seguro(a)			1 2 3 4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades			1 2 3 4
35. Me siento melancólico(a)			1 2 3 4
36. Estoy satisfecho(a)			1 2 3 4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan			1 2 3 4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza			1 2 3 4
39. Soy una persona estable			1 2 3 4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)			1 2 3 4

## **ANEXO: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de estudio:** “Estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un Centro de Salud de Lima Metropolitana”

Yo.....con DNI..... con .... años de edad

Por medio del presente documento acepto participar, de manera voluntaria en la presente investigación, facilitando información a través de la encuesta que se me aplicará, luego de ser informada de manera concisa y detallada sobre el objetivo del presente trabajo. Además, pongo mi confianza en que la investigación empleará los datos de manera confidencial. Por lo tanto, acepto participar.

**Fecha y hora:** .....

---

Firma del participante

---

Investigadora